

DISFAGIA POST VAGOTOMIA

Eduardo de Lima, M. D.¹ y Carlos Manzano, M. D.²

EXTRACTO

Se informa un caso de disfagia post vagotomía. Esta entidad, infrecuente pero molesta, tiene en la literatura cifras que oscilan entre 1% y 14% de los casos. Su tratamiento es conservador: medidas dietéticas o dilataciones esofágicas. Excepcionalmente es necesario el tratamiento quirúrgico.

La vagotomía troncular se usa muy ampliamente en el tratamiento de la úlcera péptica, en compañía de diversos procedimientos de drenaje del estómago.

Uno de los efectos indeseables de la vagotomía es la disfagia post-operatoria que si bien es transitoria y poco grave constituye a veces una verdadera complicación. La disfagia post vagotomía aparece característicamente al iniciar los alimentos sólidos en la dieta, casi siempre entre los días 7 a 14 del post-operatorio y es indolora.^{1,2}

El estudio radiológico muestra disminución de calibre en los últimos 3 a 4 cm del esófago. La mayoría de los casos evoluciona favorablemente en un período de 2 a 6 semanas sin secuelas, para lo cual sólo se requiere eliminar sólidos de la dieta en forma transitoria.¹ La primera referencia en la literatura de esta entidad se debe a Moses.³

INFORME DE UN CASO

A.M.C.L.

Paciente de 44 años, sexo femenino, vista en Enero de 1972 con historia de síntomas ulcerosos de varios meses de evolución y antecedente de tratamiento médico por una úlcera duodenal algunos años antes. Los estudios radiológicos demostraron la presencia de una úlcera prepilórica de aspecto benigno y también colelitiasis. La gastroscopia reveló hallazgos semejantes en cuanto a la úlcera. La citología gástrica fue normal.

Pocos días después de haber iniciado tratamiento médico la paciente presentó cuadro de dolor abdominal severo y vómito. Fue llevada a cirugía el 8 de Febrero encontrándose una úlcera prepilórica perforada al ligamento redondo y colelitiasis. Se le practicó vagotomía, antrectomía y cole-

cistectomía. La evolución inmediata fue satisfactoria pero al iniciar alimentos blandos al quinto día, apareció disfagia tanto para sólidos como para líquidos. Un estudio radiológico practicado el 25 de Febrero mostró estenosis de los 5 cm distales del esófago (Figura 1). La paciente fue tratada con antiácidos y dieta blanda. La disfagia mejoró progresivamente y al cabo de pocas semanas se presentaba únicamente en forma esporádica, siempre en relación con las ocasiones cuando comía rápidamente. Los síntomas desaparecieron por completo 4 meses después de la cirugía. Un segundo estudio radiológico de control en Junio de 1974 mostró marcada mejoría en las estenosis del esófago (Figura 2).

DISCUSION

La disfagia post vagotomía en nuestra experiencia es poco

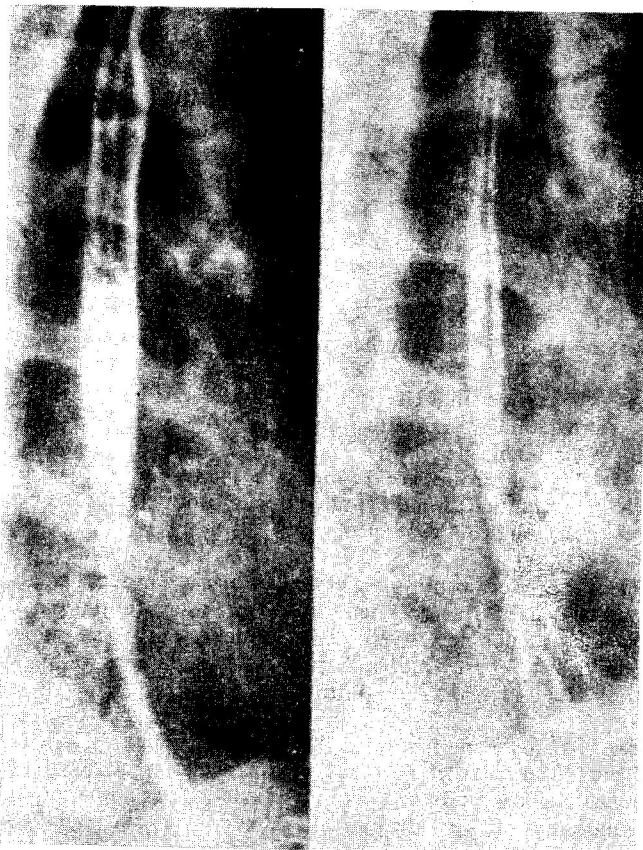


Figura 1. Estudio radiológico tomado 17 días después de la cirugía. Se observa marcada disminución de calibre en los últimos centímetros del esófago.

1. Profesor Auxiliar, Departamento de Medicina Interna, División de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
2. Profesor Asociado, Departamento de Cirugía, División de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.



Figura 2. Estudio de control 28 meses después donde se observa marcada mejoría en la estenosis esofágica.

frecuente. Se le han adjudicado 3 causas principales:⁴

- A- Denervación vagal que puede interferir en la coordinación del peristaltismo y en la actividad del cardias.
- B- La manipulación del hiato puede producir insuficiencia del cardias, con reflujo y esofagitis consecutiva.
- C- El traumatismo quirúrgico puede producir fibrosis periesofágica o esofagitis.

El primer mecanismo o sea el de la acalasia por denervación parcial parece que se puede descartar, sobre todo a partir de los trabajos de Carveth et al.⁵ quienes en perros pudieron producir este efecto cuando se hizo la sección vagal muy alta a nivel del hilio pulmonar.

En trabajos experimentales hechos en la Universidad del Valle, Manzano et al.⁶ obtuvieron acalasia en perros al seccionar los naumogástricos en el cuello. Sin embargo, algunos autores aún afirman que la causa de esta complicación es la denervación de la parte inferior del esófago. Cuando ocurre, dicho extremo no se relaja después de la deglución y por eso la entidad ha recibido el nombre de acalasia post vagotomía.⁷ Los estudios manométricos demuestran

una falla en la relajación del cardias después de la deglución, pues se mantiene la presión del segmento distal del esófago. Sin embargo, estudios seriados de manometría han demostrado que este fenómeno es pasajero. Edwards⁸ encontró que el cardias funcionaba normalmente en individuos con disfagia post vagotomía.

Las 2 últimas causas, debidas a trauma quirúrgico, son las que con frecuencia se comprueban en los pocos casos donde se ha necesitado reoperar los pacientes con disfagia. Bruce y Small⁹ y Guillory y Clagett¹⁰ encontraron anillos cicatriciales densos alrededor del cardias que al ser extirpados produjeron mejoría. Lo mismo informó Spencer.¹¹

Una causa distinta y que puede estar presente en forma ocasional, es la esofagitis péptica debido al reflujo que se origina por el uso prolongado de sonda nasogástrica en el post operatorio de estos pacientes. Además hay el caso publicado¹² de un hematoma intramural del esófago como efecto de una vagotomía. Se llama la atención sobre este hecho ante la posibilidad de la aparición de esta complicación.

COMENTARIO

La disfagia después de vagotomía troncal tiene en la literatura informes de incidencia variable. Wirthlin y Malt¹³ comunicaron 19 en 1000 casos, mientras Williams y Cox¹⁴ dan una cifra de 189. Dagradi et al.¹⁵ anotan que la búsqueda de fibras vagues dentro de las fibras musculares del esófago conducen a más casos de disfagia.

Casi todos los pacientes con disfagia post vagotomía, como el presentado en este informe, deben ser tratados en forma conservadora con medidas dietéticas y ocasionalmente con dilataciones. Casi siempre una dilatación esofágica produce mejoría del cuadro en forma permanente.² A veces, en casos más severos acompañados de disfagia con dolor, debe sospecharse la posibilidad de inflamación peri-esofágica o fibrosis como causas del problema. Tales casos pueden requerir dilataciones seriadas.^{1,2} En 15 años de vagotomía en el Hospital Universitario del Valle ningún caso de disfagia necesitó cirugía.

La mejoría en las técnicas quirúrgicas, como la abolición de la vagotomía transtorácica, ha disminuído mucho disfgias post-denervación. Asimismo el corte de los troncos vagues que ofrece menor trauma sobre el esófago y evita la disección y manipulación extensas, hace de la vagotomía troncal un método bastante seguro y ausente de molestias post-operatorias.

SUMMARY

A case of post vagotomy dysphagia is presented. This is an entity seen occasionally. Symptoms appear usually early when solid meals are started in the diet. It is a transitory phenomenon and most cases respond to conservative measures, such as modifying the diet. Occasionally esophageal dilatations are required.

REFERENCIAS:

1. Rogers, L. F.: Transient post-vagotomy dysphagia: a distinct clinical and roentgenographic entity. *Amer J roentgenology radium therapy and nuclear medicine* 125: 956-960, 1975.
2. Sleisenger, M. H. y Fordtran, J.: *Gastrointestinal Disease*. W. B. Saunders Co. Philadelphia, 816-817, 1947.
3. Moses, W. R.: Critique on vagotomy. (Citado por Roger, S. L. Ref. 1). *New Engl J Med* 237: 603-610, 1947.
4. Brindley, G. V. Jr.: Alteraciones neuromusculares del esófago. *Clínicas quirúrgicas de Norte América*. Abril 1972. pp. 319-331. Nueva Editorial Interamericana.
5. Carveth, S. W., Schlegel, J. F., Code, C. P. y Ellis, F. H. Jr.: Esophageal motility after vagotomy, phrenicotomy, myotomy and myomectomy in dogs. *Surg Gynec Obstet* 114: 31-42, 1962.
6. Manzano, C., Torres, E., Hall, R. y Cobo, A.: Motility of esophagus of dog. After high vagotomy. *Arch Surg* 89: 1005-1007, 1964.
7. Picrandozzi, J. S. y Ritter, J. H.: Transient achalasia: A complication of vagotomy. *Amer J Surg* 111: 356-358, 1966.
8. Edwards, D.A.W.: Post-vagotomy dysphagia. *Lancet* 2: 90-92, 1970.
9. Bruce, A. M. y Small, W. P.: Dysphagia following vagotomy. *Roy Coll Surg Edinburgh* 59: 170-178, 1958.
10. Guillory, J. R. Jr. y Clagett, O. T.: Post-vagotomy dysphagia. *Surg Clin N Amer* 47: 833-839, 1967.
11. Spencer, D. J.: Post vagotomy dysphagia. *Brit J Surg* 62: 354-355, 1975.
12. Rabiah, F. A. y Elliott, H. B.: Intramural hematoma of esophagus. An unusual complication of vagotomy. *Amer J Dig Dis* 13: 925-928, 1968.
13. Wirthlin, L. S. y Malt, R. A.: Accidents of vagotomy. *Surg Gynecol Obstet* 135: 913-916, 1972.
14. Williams, J. A. y Cos, A.: *After vagotomy*. London Butterworths, 1969. (Citado por Spencer, D. J. Ref. 11).
15. Dagradi, A. E., Stempien, S. J., Scifer, H. W. Weinberg, J. A.: Terminal esophageal (vestibular) spasm after vagotomy. *Arch Surg* 85: 955-968, 1962.

V CONGRESO COLOMBIANO DE MEDICINA INTERNA

Hotel Intercontinental

Cali - Colombia

Noviembre 1, 2, 3, 4 de 1978

Temas básicos de plenarias:

Diabetes Mellitus
 Enfermedad coronaria
 Metabolismo del Calcio y Fósforo
 Enfermedades digestivas
 Hipofibrinogemias adquiridas
 Farmacodinamia de anticoagulantes cumarínicos

Fecha límite para entrega de trabajos para concursos y resúmenes de investigaciones: AGOSTO 1, 1978

Dr. Pérez Starusta
 Presidente
 Apartado Aéreo 8038
 - Cali -